Über

Hernien der linea alba

vom

Standpunkte der internen Medicin.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst

und einer hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Heinrich Krembs

aus Waldsassen.

München 1895.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2,

Eingang Wittelsbacherplatz.

Über

Hernien der linea alba

vom

Standpunkte der internen Medicin.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst

und einer hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Heinrich Krembs

aus Waldsassen.

München 1895.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2,

Eingang Wittelsbacherplatz.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. H. v. Ziemssen.

Erst in jüngster Zeit ist das Interesse der medicinischen Welt auf die Hernien der linea alba wiederholt durch verschiedene Bearbeitungen dieses Themas gelenkt worden.

Der Umstand, dass es fast 150 Jahre bedurft hatte, bis man sich in eingehender Weise mit dieser Art von Brüchen beschäftigt hat, liegt, wie aus den nachfolgenden Zeilen zu entnehmen ist, in der Natur der Sache selbst. Denn schon A. G. Richter, einer der ersten Bearbeiter einer gründlichen Bruchlehre, schrieb vor einem Jahrhundert die bemerkenswerten Worte: „Es werden diese Brüche ungemein oft nicht entdeckt und die Zufälle, die sie erregen, anderen Ursachen zugeschrieben. Aber dieser Irrtum kostet den Kranken gemeiniglich die Gesundheit, ja wohl gar das Leben. So nötig ist es, bey allen Krankheiten und Beschwerden des Darmkanals vor allem anderen wohl zu untersuchen, ob ein verborgener Bruch die Ursach ist. Es ist unglaublich, wie mancherley unerklärbare, hartnäckige, unheilbare Zufälle und Beschwerden aus dieser Ursache entstehen, die leicht zu erklären und zu heilen, sobald man ihre Ursach, den verborgenen Bruch, entdeckt hat [1]).

Darin allein schon mag eine Berechtigung liegen für

[1]) Richter: „Abhandlung von den Brüchen". Göttingen 1785.

die Abfassung dieser Arbeit und es soll der Schwerpunkt derselben in den Momenten gelegen sein, deren Bedeutung durch die bisher über dieses Thema erschienenen Veröffentlichungen noch nicht genügend oder gar nicht gewürdigt worden ist.

Schon die Ansichten darüber, was man unter diesen Hernien zu verstehen hat, sind sehr verschieden.

Im allgemeinen wird die Bezeichnung in dem Sinne gebraucht, wie sie zuerst von A. G. Richter im 37. Kapitel seiner Abhandlung von den Brüchen gegeben wurde: „So nennt man diejenigen Brüche, die im ganzen Umfange des Unterleibes, auf der weissen Linie und zu beiden Seiten derselben, ausgenommen am Nabel, am Bauchringe und Poupart'schen Bande entstehen."

Diese Brüche haben, wie schon Richter angedeutet hat, insofern eine grosse, praktische Bedeutung, als so manches Magenleiden, so manche Gallensteinkolik oder Neurasthenie oder ein anderes Leiden irrtümlicher Weise, wie man aus der Litteratur entnehmen kann, diagnosticiert worden ist, während der wahre Grund für diese Beschwerden in dem Vorhandensein einer Hernie in der linea alba gelegen wäre.

Diese eigentümliche Erscheinung rührt wohl hauptsächlich davon her, dass ein solcher Bruch infolge seiner Kleinheit auch dem Auge eines aufmerksamen Beobachters leicht entgeht, zumal ja die Schmerzen und Klagen, die er in vielen Fällen hervorzurufen im stande ist, in keinem Verhältnis zu dem Ergebnis des objektiven Befundes stehen. Dazu kommt noch, dass die Symptomatologie dieses Leidens, die Kenntnis der Untersuchungsmethode, welche ja allein oft in den Stand setzen kann, ein solches zu diagnosticieren, und vor allem die Kenntnis seines häufigen Vorkommens noch nicht Allgemeingut der Aerzte geworden ist.

Ferner ist auch noch zu berücksichtigen, dass die mit einer Hernie der weissen Bauchlinie behafteten Patienten vorzugsweise sich an den internen Arzt oder auch an den Gynaekologen (s. Fussnote pag. 30) wegen ihrer Beschwerden wenden, welcher oft durch medicamentöse Verordnungen das Uebel vergeblich zu beseitigen sucht.

Andererseits aber, und das möchte ich gleich an dieser Stelle ausdrücklich hervorgehoben haben, darf man auch nicht jene irrige Anschauung teilen, welche so manche Bearbeiter dieses Themas vertreten haben, wie die einschlägige Fachlitteratur zu beweisen oft Gelegenheit darbietet, als ob alle Hernien der weissen Bauchlinie Beschwerden verursachen müssten.

Bevor ich aber auf diejenigen Momente näher eingehe, um welche es mir bei Abfassung dieser Arbeit hauptsächlich zu thun war, sei es mir gestattet, die Anschauungen der Autoren über die Aetiologie dieser Brüche wiederzugeben.

Der Grund, weshalb gerade die Medianlinie so oft der Sitz von Hernien ist, und hier wiederum besonders der Teil, welcher zwischen dem Processus xiphoideus und umbilicus gelegen ist, beruht in den anatomischen Verhältnissen der linea alba, welche schon von Garengest in seiner Mémoire sur plusieurs hernies singulières, welche er 1743 der Académie royale de chirurgie unterbreitete, richtig erkannt und dargelegt worden sind, und es kann somit auf diese Arbeit verwiesen werden. Scarpa und Langenbeck [Nosologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten, Bd. V, fol. 41] erklären sich die Ursache dieser eigentümlichen Erscheinung aus dem Umstand, dass die musculi recti seitlich ausstrahlend Muskelbündel zur 7., 6. und 5. Rippe senden, somit auseinander weichen, so dass schliesslich der Raum, wo der

processus xiphoides ansetzt, von Muskelgewebe fast leer ist [1]). O. Witzel bemerkt in seiner Abhandlung: „Ueber den medianen Bauchbruch", dass diese mediangelegene Bindegewebsmasse es ist, in deren Breite der Bauchbruch, besonders häufig als Hernia epigastrica, hervortritt und zwar durch praeformierte Spalten. Indem nämlich die weisse Bauchlinie, das Rendez-vous der Apoucurosen der breiten Bauchmuskeln, ein über's Kreuz gearbeitetes, fibröses Band darstellt [2]), lassen die rhomboiden Kreuzungsmaschen an einzelnen Stellen Gefässe und Nerven aus der Tiefe durch und hier findet wohl auch bei Polysarcie die Bildung kleiner Fettklümpchen statt, welche die Maschenräume erweitern (Follin und Duplay). Die Bruchpforte entsteht durch Auseinanderdrängen der Ränder einer der rautenförmigen Maschen (O. Witzel).

Wollte ich mich noch ausführlicher hierüber, sowie über den Entstehungsmechanismus und die pathologische Anatomie dieser Hernien verbreiten, so müsste ich nur das wiederholen, was in der Litteratur schon zu öfteren Malen Gegenstand eingehender Beschreibung gewesen ist und es genügt hier wohl, auf die einschlägigen Arbeiten zu verweisen [3]).

---

[1]) Inaug.-Dissertation von Carl Fröhlich: „Die Fettbrüche der linea alba". Göttingen 1892.

[2]) Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie.

[3]) Vidal de Cassis: Des Hernies ombilicales et épigastriques. Thèse d'agrégation en Chirurgie 1848.

Inaug.-Diss. von Heinr. Matthey. Würzburg 1887: Zur Casuistik und Operation der sogenannten Fetthernien in der linea alba.

Dr. Roth: Über die Hernien der Linea alba. Archiv für klinische Chirurgie. 42. Bd. I. Heft. 1891.

Inaug.-Diss. von Fritz Makrocki: Beitrag zur Pathologie der Bauchdeckenbrüche. Strassburg 1897.

Über Hernia epigastrica von Prof. Dr. Carl Gussenbauer. Prag. med. Wochenschrift Nr. 1. 1884.

Was nun den Inhalt dieser Brüche betrifft, so kann derselbe durch die äusserliche Untersuchung ja nicht immer mit absoluter Sicherheit festgestellt werden und es kommt hierbei auch gar nicht darauf an, ob Darm oder Netz oder ein subseröses Lipom oder Magen den Inhalt der Hernie bilden, da ja sowohl in den Beschwerden der Patienten, wie auch in der Behandlung sich im grossen und ganzen kein wesentlicher Unterschied ergibt.

Nur soviel sei hierüber bemerkt, dass sich einerseits durch die Percussion Darminhalt infolge seines tympanitischen Klanges, andererseits auch durch die Palpation ein subseröses Lipom vom Netz unterscheiden lässt, da ersteres sich im allgemeinen grosslappiger anfühlt, letzteres aber eine mehr höckerige Oberfläche aufzuweisen pflegt. Was nun den Fall anlangt, in welchem der Inhalt des Bruches aus Magen bestehen sollte, so wird diese Möglichkeit von einem Teil der Autoren überhaupt negiert, von einem anderen in differential-diagnostischer Hinsicht hervorgehoben, dass bei Anwesenheit von Magen im Bruchsack der Tumor nach der Nahrungsaufnahme anschwelle und der tympanitische Schall verschwinde. Jedenfalls gehört dieses Vorkommnis zu den grössten Seltenheiten, wie ich aus der Litteratur entnehmen kann.

Nunmehr sei es mir gestattet, auf die Symptomatologie näher eingehen zu dürfen.

Abgesehen von den Fällen (und diese sind nach meiner

Über den medianen Bauchbruch von Oskar Witzel. Bonn. Sammlung klinischer Vorträge begr. von R. von Volkmann. Nr. 30. 1891.

Inaug.-Diss. von Rich. Dittmer. „Ueber epigastrische Brüche". Bonn 1889.

Emanuel Chaillons: Étude sur la hernie épigastrique et son traitement. Paris 1894.

Beobachtung die selteneren), in welchen die Patienten selbst schon infolge einer prominierenden Bauchgeschwulst in der linea alba auf ihr Leiden aufmerksam geworden sind, sei es, dass sie zufällig den Tumor gefühlt, sei es, dass sie durch die an diese Stelle lokalisierten Schmerzen dazu veranlasst worden sind, bestehen die Symptome hauptsächlich in gastrischen, oft den ganzen Unterleib tangierenden Schmerzen. Die Patienten geben in der Regel an, dass sie einen ziehenden oder brennenden Schmerz oberhalb des Nabels, meist in der Nabelgegend verspüren, welcher nach beiden Seiten hin ausstrahlt, um sich an der Wirbelsäule wieder zu vereinigen. Hierbei machen dieselben oft die charakteristische Bemerkung, dass sie das Gefühl hätten, als ob eine Verwachsung im Innern des Körpers bestehe und an einem Strang gezerrt oder als ob der Leib „zu enge“ und der Magen und die Gedärme „zusammengeschraubt“ würden. Namentlich treten oft lebhafte Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme ein; in manchen Fällen beklagen sich die Patienten auch, dass sie nicht mehr auf dem Rücken liegen könnten, weil dadurch ein ziehender Schmerz in der vorderen Bauchwand entstünde. Ferner besteht auch in der Regel Appetitlosigkeit und Aufstossen, magenkrampfähnliche Schmerzen und unregelmässiger Stuhlgang, selten Erbrechen; beim Husten und tiefem Atemholen pflegen sich die Schmerzen erheblich zu steigern. Diejenigen Patienten, deren Hernien Symptome zu verursachen imstande waren, hatten sich auch über allmähliche Abmagerung zu beklagen; doch möchte ich dies Zeichen eher als Folgeerscheinung einer anderweitig bestehenden Erkrankung, z. B. der Phthise und als causales Moment für die Entstehung einer Hernia lineae albae ansprechen, wovon später noch eingehender die Rede sein soll.

Ein wichtiges Symptom aber, das sich sehr oft bei Darm- oder Netzbrüchen, nicht aber, nach meiner Beobachtung wenigstens, bei properitonealem Lipom findet, besteht in einem den Hydatidenschwirren ähnlichem Spritzgefühl, auf das zuerst Lennhoff[1]) aufmerksam gemacht hat. Berührt man nämlich, während der Patient in horizontaler Rückenlage auf dem Untersuchungsbette liegt, mit dem Finger der einen Hand leicht den Sitz der Hernie und fordert den zu Untersuchenden auf, einige kurze, kräftige Hustenstösse auszuführen, so hat man in sehr vielen Fällen (doch kaum in jedem einzelnen, wie Lennhoff angibt,) abgesehen von dem Gefühl des Grösser- und Härterwerdens des Bruches, die Empfindung „als ob durch eine feine Oeffnung Flüssigkeit gegen die Hand gespritzt würde". Dieses Spritzgefühl, welches wegen seiner Aehnlichkeit mit dem Hydatidenschwirren leicht mit diesem verwechselt werden kann und in der That auch schon verwechselt worden ist, wofür Lennhoff einen Beweis in dem oben erwähnten Aufsatz liefert, ist für das Vorhandensein einer Hernia lineae albae geradezu ausschlaggebend. Lennhoff stellt sich das Zustandekommen dieses Spritzgefühls so vor, dass er annimmt, dass bei dem Hustenstoss der Darm durch den engen Schlitz der Bauchaponeurose hindurchgepresst und damit Darmflüssigkeit gegen den Bruchsack gespritzt wird.

Um aber eine Hernie in der weissen Bauchlinie richtig diagnosticieren zu können, ist es notwendig, dass man sich einer bestimmten Untersuchungsmethode bedient. Indem man nämlich den Patienten, welcher einige der oben näher beschriebenen Symptome aufzuweisen hat, sich

[1]) „Ueber ein dem Hydatidenschwirren ähnliches Spritzgefühl bei Hernien der linea alba" von Dr. Rudolf Lennhoff. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 31, 1894.

auf das Ruhebett legen lässt, und sich ihm zur Seite stellt, prüft man zuerst durch genaue Inspection der linea alba, ob keine Unebenheit derselben zu Tage tritt, hervorgerufen entweder durch eine Delle oder durch eine Prominenz. Hierauf betastet man sowohl die weisse Bauchlinie in ihrer ganzen Ausdehnung als auch die zu beiden Seiten derselben angrenzenden Partien des Abdomens auf das sorgfältigste, wobei man oft schon durch den an eine bestimmte Stelle lokalisierten Druckschmerz auf das Vorhandensein einer Hernie aufmerksam gemacht wird. Dann empfiehlt es sich, den Patienten aufstehen und eine vornübergebeugte Stellung annehmen zu lassen, wobei derselbe, während der Untersuchende die linea alba genau palpiert, in kurzen Zwischenräumen starke Hustenstösse hervorbringen soll. Hierbei wird man die Erfahrung machen, dass gerade in dieser Stellung erst die meisten Hernien diagnosticiert werden können, welche durch anderweitige Untersuchungen nicht zur Beobachtung gelangt sind.

Aber trotz der genauesten Befolgung dieser Methode kann es vorkommen, dass, wie der VIII. Fall der später angeführten Krankengeschichten beweist, eine Hernie, welche zur Zeit der Untersuchung gerade keine Symptome zeigte, nicht diagnosticiert werden kann, woraus hervorgeht, dass Personen mit gastrischen Beschwerden zu wiederholten Malen in dieser Hinsicht untersucht werden müssen.

Aus dem vorhergehenden ergibt sich, dass die Diagnose, falls obige Symptome gehörig beachtet und die richtige Untersuchungsmethode angewendet worden ist, wenigstens in den meisten Fällen keine besonderen Schwierigkeiten darbietet.

Was die Prognose betrifft, so dürften bei den Hernien der linea alba, welche Netz oder Darm enthalten, wohl die-

selben Momente zu berücksichtigen sein, wie bei den anderen Hernien, da ja auch hier die Gefahr der Einklemmung bestehen kann, was allerdings bei den epigastrischen Brüchen selten eintreten soll. Für die bruchähnlichen Fettgeschwulste aber ist die Prognose deshalb nicht völlig harmlos, weil sie, wie Dittmer darlegt, die Enstehung einer wirklichen Hernie direkt verursachen können. Ausserdem aber vermag nach Matthay eine wirkliche Gefahr für das Leben in der Komplikation mit einer Peritonitis liegen.

Bezüglich der Therapie stimmen alle Autoren darin überein, dass diejenigen Brüche in der weissen Linie, welche die vorher beschriebenen intensiven Beschwerden und damit ein schweres Allgemeingestörtsein des ganzen Organismus verursachen, auf operativem Wege zu beseitigen sind, was heutzutage keine besonderen Gefahren mehr bietet.

Da also diesem Leiden, wie ich im vorstehenden zu zeigen versucht habe, eine nicht unerhebliche, praktische Bedeutung zukommt, so stellte ich mir die Aufgabe, über die Häufigkeit dieser Bruchart genaue Untersuchungen anzustellen, um annähernd die Höhe des Prozentsatzes bestimmen zu können, in welchem dieselben vorkommen; denn in der gesamten Litteratur, soweit ich sie überblicken kann, ist diese Frage niemals ventiliert worden, es müsste denn sein, dass man hier die Inaugural-Dissertation von August von Eck (Kiel 1894) anführen wollte, welcher bei 1675 Sectionen 213 Brüche der verschiedensten Art festgestellt hat, darunter aber keinen einzigen der weissen Bauchlinie.

Um ein möglichst objektives Bild zu erhalten, wurden im Laufe des vorigen Wintersemesters an 300 Personen, welche die kgl. med. Poliklinik wegen irgend eines Leidens

aufsuchten, diesbezügliche Untersuchungen angestellt, ohne Rücksicht auf Alter, Stand oder Geschlecht, ohne Rücksicht auf die Beschwerden, in Folge deren diese Leute sich in die Behandlung der Poliklinik begaben, ohne Rücksicht auf die klinische Diagnose. Bevor ich auf die Schlussfolgerungen näher eingehe, welche aus eben diesen Untersuchungen resultieren, will ich an dieser Stelle die einzelnen Krankengeschichten folgen lassen.

Ueber die Art und Weise der Abfassung derselben erlaube ich mir folgendes zu bemerken:

Bei der Aufstellung der klinischen Diagnose wurde absichtlich ein etwaiges Vorhandensein einer Hernie in der linea alba ausser Acht gelassen, da Herr Prof. Dr. Moritz die Güte hatte, mir zu erlauben, 300 Patienten zu bewusstem Zwecke nachzuuntersuchen..

Unter der Rubrik Anamnese wurden nur jene Symptome verzeichnet, welche auf das in Frage stehende Leiden Bezug haben konnten.

Bei der Beschreibung des Status praesens wurden nur die Verhältnisse in der linea alba berücksichtigt, wie ich sie bei den jeweiligen Nachuntersuchungen vorfand.

Schliesslich wurde als Diagnose die Bruchart specificiert, soweit sie sich durch die äussere Untersuchung erkennen liess.

I. Fall.

Johann R., früher Bierbrauer, seit 2 Jahren Kanalarbeiter, 35 Jahre alt.

Klin. Diagnose:

Phthisis pulm.

Anamnese:

Patient gibt bei der Nachuntersuchung an, dass er schon vor einem Jahre, als er sich wegen eines Lungen-

leidens in die poliklinische Behandlung begab, auf seine Hernie in der linea alba aufmerksam gemacht worden sei, die er früher nie beachtet hätte, weshalb er auch keinen Grund für die Entstehung derselben wüsste. Damals habe ihm diese nicht die geringsten Beschwerden verursacht, nur wenn mit dem untersuchenden Finger stark auf dieselbe gedrückt wurde, soll schon zu jener Zeit an der betreffenden Stelle ein intensives Schmerzgefühl aufgetreten sein. Im Laufe des vergangenen Jahres sei sie aber bedeutend grösser geworden; während sie früher nur den Umfang eines Kirschkerns erreicht hätte, sei dieselbe jetzt bei Hervortreibung infolge Pressens oder Husten einer Wälschnuss ähnlich. Seit Dezember 1894 seien nun an dem Sitze der Hernie Schmerzen aufgetreten; dieselben sollen nach beiden Seiten des Unterleibes ausstrahlen und ihrer Natur nach stechend und brennend sein. Patient gibt an, dass er — namentlich beim Husten und beim Liegen auf dem Rücken — das Gefühl habe, als ob an einem Strange im Innern des Körpers gezerrt, oder als ob eine schwere Last auf ihm liegen würde. Wenn er viel Nahrung aufgenommen habe, so trete regelmässig eine schmerzhafte Spannung oberhalb des Nabels auf und er habe die Empfindung, dass ihm der Leib zu eng würde. Mit der Verschlimmerung seines Lungenleidens hatten sich auch die Schmerzen in der Magengegend bedeutend gesteigert. Appetit gering — vielleicht infolge des zugestandenen Potatoriums — Stuhlgang unregelmässig.

Status praesens:

Der Abstand des processus xiphoideus vom umbilicus beträgt $21^1/_2$ cm [1]).

[1]) Die Messungen wurden stets in aufrechter Körperstellung des Patienten vorgenommen.

Man bemerkt 12½ cm oberhalb des Nabels eine Delle, welche sich beim Husten in einen wälschnussgrossen Tumor verwandelt. Bei der Palpation fühlt sich derselbe weich an, lässt sich auch vollkommen reponieren, was allerdings dem Patienten nicht unbedeutende Schmerzen verursacht. Seine Oberfläche ist höckerig. Lässt man den Patienten eine vornübergebeugte Haltung einnehmen, und mehrmals kräftig husten, so tritt deutlich das oben beschriebene Spritzphaenomen auf.

Diagnose:

Hernia epigastrica mit Netz- und wahrscheinlich auch Darminhalt.

II. Fall.

Anna B., Taglöhnerin, 30½ Jahre alt.

Klin. Diagnose:

Nephritis chronica. Insufficientia valvulae mitralis. Phthisis pulm.

Anamnese:

Die Patientin, die früher stets gesund gewesen sein will, klagt lebhaft über Schmerzen in der Nabelgegend, welche nach dem Rücken zu ausstrahlen und sich namentlich beim Husten wesentlich steigern; ihrer Beschaffenheit nach sollen sie stechend und ziehend sein. Ferner giebt Patientin an, sie habe die Empfindung, als ob an einer im Unterleibe in der Gegend des Nabels befindlichen Verwachsung gezerrt würde, weshalb sie immer warme Umschläge und Einreibungen mit einer Salbe zur Linderung der Beschwerden vorgenommen habe. Patientin wurde nach ihrer Aussage hin schon früher, bevor sie in die Klinik kam, von verschiedenen Aerzten untersucht, ohne dass eine Hernie aufgefunden worden sei.

Von dem Vorhandensein einer solchen hat die Patientin

keine Kenntnis, weshalb sie also auch über eventuelle Ursachen, Zeit der Entstehung etc., keine Angaben machen kann.

Status praesens:

1 cm oberhalb des Nabelringes fühlt man eine kleine, schlitzförmige, querverlaufende Oeffnung, in welche gerade die Kuppe des kleinen Fingers eindringen kann. Bei den einzelnen Hustenstössen wird die Bruchpforte nicht jedesmal mit Inhalt ausgefüllt, sondern es entsteht nur hie und da eine erbsengrosse Hervorwölbung, welche auf Druck ausserordentlich schmerzhaft ist. Die oberflächliche Beschaffenheit ist höckerig. Kein Spritzphaenomen.

Diagnose:

Dieselbe konnte erst nach vielen, kurz hintereinander angestellten Untersuchungen in vornübergebeugter, stehender Stellung der Patientin gestellt werden; es handelt sich hier wahrscheinlich um eine Netzhernie und die Schmerzen werden durch die Compression der Nerven in der Bruchpforte hervorgerufen[1]).

III. Fall.

Katharina G., Zugeherin, 39 J.

Klin. Diagnose:

Enteritis acuta.

Anamnese:

Patientin, welche nie krank gewesen sein will, hat vor 9 Jahren eine Zangengeburt durchgemacht. Während dieser, ihrer letzten Schwangerschaft, habe sie bei starkem Ein- und Ausatmen oberhalb des Nabels in der Median-

[1]) cf. „Über Hernia epigastrica“ von Prof. Dr. Carl Gussenbauer. Prager med. Wochenschrift. Nr. 1. 1884.

linie heftige Schmerzen verspürt. Eine gewisse Empfindlichkeit in der Nabelgegend bestehe seit jener Zeit fortwährend, verwandle sich aber nach der Nahrungsaufnahme in ein intensives Schmerzgefühl. Im Jahre 1894 habe sie wegen dieses Leidens einen Arzt consultiert, welcher ihr angeblich Opiumtropfen verschrieben hat. Die Schmerzen hätten hierauf nachgelassen und ein halbes Jahr fast ganz aufgehört. Seit drei Monaten aber hätten sie sich wieder eingestellt in der gleichen Weise wie früher. Auch leide sie häufig an „Magenweh" und die Verdauung habe in letzter Zeit sehr zu wünschen übrig gelassen. Gegenwärtig bestehe Appetitlosigkeit, unregelmässiger Stuhlgang und lebhafte Schmerzen in der Magengegend. Leztere treten namentlich auf, wenn sie schwer verdauliche Speisen genossen habe. Die Patientin will den in der linea alba befindlichen Tumor nie bemerkt haben.

Status praesens:

Direkt oberhalb des Nabels durch eine Spange von demselben getrennt, findet sich eine Hervorwölbung von der Grösse einer Kirsche, welche bei den Hustenstössen an Volumen nicht zunimmt und sich auch nicht zurückdrängen lässt. Auf Druck ist dieselbe schmerzhaft; sie hat eine pilzförmige Gestalt, ist an ihrer Oberfläche uneben und mit ihrer Umgebung fest verwachsen. Spritzgefühl kann nicht wahrgenommen werden.

Diagnose:

Verwachsene Netzhernie.

IV. Fall.

Andreas F., Taglöhner, 51 J. alt.

Klinische Diagnose:

Phthisis apic. sin. Gastritis chronica.

Anamnese:

Seit 8 Jahren will Patient an einem lästigen Druckgefühl in der Magengegend leiden, welches sich seit einem Jahre erheblich gesteigert habe. Vor 10 Jahren habe er bemerkt, dass nach dem Heben einer schweren Last unterhalb der Herzgrube ein Knoten entstanden sei, welcher ihm niemals Schmerzen verursacht habe, weder im nüchternen Zustande noch nach reichlicher Nahrungsaufnahme. Alle seine weiteren Angaben beziehen sich auf sein durch die klinische Diagnose festgestelltes Leiden, auf welches auch seine oben angegebenen Beschwerden zurückzuführen sein dürften.

Status praesens:

Bei ruhiger Rückenlage des Patienten bemerkt man $10^1/_2$ cm oberhalb des Nabels eine leichte Prominenz in der weissen Bauchlinie, welche einen Durchmesser von ca. 1 cm aufweist. Dieselbe ist fast halbkugelig und etwas mehr abgeplattet und besteht aus 2 Teilen, von denen der eine sich als hirsekorngrosses Knötchen repräsentiert, welches mit dem Rande der Bruchpforte fest verwachsen ist, während der andere Teil die Grösse eines Kirschkernes besitzt und sich leicht reponieren lässt. Nur dann, wenn man auf die verwachsene Stelle der Hernie drückt, empfindet der Patient einen brennenden Schmerz, sonst wird er in keiner Weise von letzterer belästigt.

In einer etwas nach vorne flectierten Stellung des Patienten kann man bei den einzelnen Hustentönen deutlich das Gefühl wahrnehmen, als ob gegen den eindringenden Finger Flüssigkeit aus einer feinen Röhre gespritzt werde.

Unterhalb dieser Hernie 6 cm. vom Nabel entfernt, befindet sich eine zweite, grössere Prominenz, deren Umfang

ungefähr 3 cm. beträgt. Bei der Palpation ergibt sich, dass dieselbe aus einem Tumor von derber Consistenz und deutlich gelappter Oberfläche besteht, welcher sich nicht reponieren lässt, beim Husten und Pressen sich nicht vergrössert, keinerlei Schmerzen verursacht, auch auf Druck nicht empfindlich und mit seiner Oberfläche fest verwachsen ist.

Diagnose:

Die eine Hernie wird als Hernia epigastrica mit Darminhalt angesprochen, deren unbeweglicher Teil als ein mit dem einen Rande der Bruchöffnung verwachsenes Fetträubchen sich darstellt, die andere als ein properitoneales Lipom.

V. Fall.

Martin G., Schäffler, 51 Jahre.

Klin. Diagnose:

Hepatitis hypertrophica. Dilatatio cordis. Rheumatismus articul. acutus. Obstipatio chronica.

Anamnese:

Der Patient, welcher sehr präcise Angaben macht, will die in der That bestehende Hernia lineae albae seit 6 Jahren bemerkt haben und glaubt, dass die Ursache derselben in der Art und Weise liegt, wie er schwere Lasten aufzuheben gewohnt ist. Nach seiner Aussage nämlich stützt er eine solche beim „Emporlüpfen“ zuerst auf den Bauch, um sie dann erst auf die Schulter zu heben, wobei er infolge des körperlichen Kraftaufwandes den Atem anhält und stark gegen die Bauchwand presst. Namentlich will Patient regelmässig am Abend, wenn er tagsüber schwer gearbeitet hat, am Sitze der Hernie ein Schmerzgefühl empfunden haben, welches vom Nabel in schräger Linie nach aufwärts zieht, in anatomischer Hinsicht ungefähr dem Ligam.

suspens. hepatis entsprechend. Pt. gibt ferner an, dass die Schmerzen in einem lästigen Druckgefühl bestünden und es ihm vorkomme, „als ob oberhalb des Nabels etwas zusammengeschraubt würde.“ Diese Beschwerden seien immer vorhanden, nur würden sie bei körperlichen Anstrengungen heftiger. Beim Husten habe er ein stechendes Gefühl im Unterleibe. Seit langer Zeit leide er an Verstopfung, sonst könne er sich bezüglich der Verdauung nicht beklagen.

Status praesens:

Direkt oberhalb des Nabels durch einen Spalt von einer gleichzeitig vorhandenen Nabelhernie getrennt, fühlt man einen erbsengrossen Tumor von höckeriger Beschaffenheit. Während die pflaumengrosse Nabelhernie weder auf Druck noch beim Reponieren schmerzhaft ist, reagiert der Patient lebhaft bei Repositionsversuchen der Hernia lineae albae. Dieselbe lässt sich zwar zurückdrängen, jedoch bleibt stets in dem Spalt eine kleine Resistenz zurück, welche den Eindruck eines kleinen Fettklümpchens macht.

Diagnose:

Netzhernie in der linea alba.

VI. Fall.

Georg S., Metallgiesser, 21 J.

Klin. Diagnose:

Phthisis apic. utriusque pulm.

Anamnese:

Alle Angaben des Patienten, welcher früher stets gesund gewesen sein will, beziehen sich auf sein Lungenleiden. Niemals habe er in der Gegend der bei der Nachuntersuchung aufgefundenen Hernie in der weissen Bauchlinie Schmerzen verspürt, auch leide er nicht an Verdauungsbeschwerden. Von dem Vorhandensein einer Hernie wusste Patient nichts.

Status praesens:

Abgesehen von einer Nabelhernie befindet sich $3^1/_2$ cm oberhalb des Umbilicus in der linea alba ein dreieckförmiger Schlitz, in welchen man mit der Fingerkuppe eindringen kann. Beim Husten entsteht ein Tumor von der Grösse einer Kirsche; derselbe lässt sich leicht reponieren und ist in keiner Beziehung schmerzhaft. Deutliches Spritzphaenomen. Die Oberfläche des Tumors ist vollkommen glatt. 7 cm oberhalb des Nabels findet sich eine zweite Hernie der linea alba, welche in ihrer Grösse und Beschaffenheit, in dem Fehlen jeglicher Symptome der vorigen ähnlich ist, nur mit dem Unterschiede, dass das Spritzgefühl seltener und undeutlicher bei der letzteren wahrzunehmen ist.

Diagnose:

Beide Brüche sind Herniae epigastricae, deren Inhalt Darm sein wird.

VII. Fall.

Anton Sch., früher Lohnkutscher, jetzt Privatier, 63 J.

Klin. Diagnose:

Emphysem. Bronchitis chronica. Arthritis chronica.

Anamnese:

Patient ist angeblich seit 1877 leidend, damals nämlich sei ihm ein Pferd, das sich beim Aufbäumen überschlug, auf die rechte Seite gefallen, infolge dessen er 4 Tage bewusstlos und 30 Tage arbeitsunfähig gewesen sein will. Irgend welche Beschwerden, welche auf das Vorhandensein einer Hernie in der linea alba hindeuten könnten, macht Patient nicht geltend.

Status praesens:

Es befindet sich $11^1/_2$ cm oberhalb des Nabels ein rundlicher, deutlich abtastbarer Schlitz, der so gross zu sein scheint, dass eine Haselnuss in demselben Platz haben

kann. Beim Pressen tritt eine fast pflaumengrosse Geschwulst hervor, welche sich auch unter der äusseren Hautdecke zu beiden Seiten der linea alba weiter verbreitet, so dass sie den Umfang eines 5 Markstückes erhält. Der Tumor ist von weicher Consistenz und leicht reponierbar. Deutliches Spritzgefühl vorhanden.

Diagnose:

Darmbruch in der weissen Bauchlinie.

VIII. Fall.

Lina N., Malergehilfenswittwe, 42 J.

Klin. Diagnose:

Insufficienta valvulae mitralis. Ren mobile. Obstipatio.

Anamnese:

Die Patientin war nach ihrer Angabe früher stets gesund und besass eine beträchtliche Körperfülle. Sie hat 11 mal geboren und 2 Abgänge aus ihr unbekannten Ursachen gehabt.

Gegenwärtig ist sie sehr abgemagert und ihr Gemütszustand ausserordentlich deprimiert. Vor 4 Jahren will sie an Influenza erkrankt gewesen und seit dieser Zeit stets leidend sein. Damals sei sie 12 Wochen lang in ärztlicher Behandlung gestanden. Seit 2 Jahren verspüre sie oberhalb des Nabels einen zusammenschnürenden Schmerz und sie habe die Empfindung, als ob im Innern des Körpers in der Magengegend „Gedärme torquiert" würden. Wenn diese Symptome sich rasch wiederholen, so fühle sie, wie ein harter Gegenstand vom Innern des Körpers aus gegen den Nabel aufsteige und der Schmerz hier endige. Seit 2 Jahren leide sie auch an Magenbeschwerden und Blähungen und diese letzteren sollen, wenn sie sich einstellen, ein sicheres Anzeichen für das baldige Auftreten der vorherbeschriebenen Schmerzen sein. Wenn die Patientin reich-

lichen Stuhlgang hat, so soll ihr Befinden wesentlich schlechter sein als bei Stuhlverstopfung. Während alle diese Beschwerden früher in einem Zwischenraum von 2—3 Wochen, später dann (ungefähr vor einem halben Jahre) alle 8 Tage aufgetreten sind, wird die Patientin nach ihrer Aussage jetzt jeden 2. oder 3. Tag von denselben heimgesucht, so dass sie sich ausserordentlich schwach und elend fühlt.

Kompaktere Speisen, als Fleisch, harte Wurst, Klösse etc. könne Patientin seit einem Jahre nicht mehr vertragen, so dass sie gezwungen sei, sich nur mit Milch und leichten Mehlspeisen zu nähren; denn jedesmal bekäme sie, wenn sie einen Diätfehler mache, heftige, krampfartige Magenschmerzen und müsse stets ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Von einer Anormalität in der weissen Bauchlinie habe sie nie etwas bemerkt.

Status praesens:

2 cm oberhalb des Nabels fühlt man einen querverlaufenden, ungefähr $1^1/_2$ cm langen wulstigen Streifen. Beim Pressen und Husten tritt eine erbsengrosse Anschwellung auf, welche auf Druck sehr schmerzhaft ist und sich nicht bei allen Repositionsversuchen zurückdrängen lässt. Die Oberfläche derselben ist kleinhöckerig. Die anatomischen Verhältnisse sind nach dem objektiven Befund etwas unklar. Hierbei sei bemerkt, dass die Patientin, als ich sie zum ersten Male auf eine Hernie untersuchte, bei der leisesten Berührung des damals irreponiblen Tumors ausserordentlich grosse Schmerzhaftigkeit zeigte, während sie 4 Wochen später bei einer nochmaligen Nachuntersuchung keinerlei Schmerzen verspürte, auch war die Hernie selbst nicht zu fühlen, so dass letztere also nach dem zweiten

objektiven Befunde gar nicht diagnosticiert hätte werden können.

Diagnose:

Netzhernie in der linea alba mit zeitweise auftretenden Einklemmungserscheinungen.

IX. Fall.

Walpurga H., Schuhmacherswitwe, 47 J.

Klin. Diagnose:

Gastritis chronica. Gastroectasie.

Anamnese:

Beim Erheben der Anamnese ist schwer zu unterscheiden, was auf Rechnung des bestehenden Magenleidens und was auf Rechnung der in der linea alba gefundenen Hernie zu setzen ist, oder ob überhaupt die angegebenen Beschwerden von letzterer herrühren. Patientin will in der Medianlinie „ein Sausen und Brennen bis zum Brustbein hinauf" öfters nach der Nahrungsautnahme verspüren und das Gefühl haben, als ob „heisses Wasser im Innern des Körpers aufsteige." Stuhlgang öfters angehalten, saures Aufstossen und hie und da Erbrechen. Nach eingenommener Mahlzeit pflegen sich die Beschwerden erheblich zu steigern, doch tritt zeitweise Besserung ein.

Status praesens:

2 cm. oberhalb des Nabels tritt bei vornübergebeugter Haltung der Patientin, sowie sie stark presst, ein erbsengrosser Tumor auf, der sich leicht reponieren lässt. Derselbe ist nicht bei jeder Untersuchung deutlich zu fühlen, die oberflächliche Beschaffenheit desselben ist drüsenförmig, auf Berührung ist er schmerzhaft. Spritzgefühl ist nicht wahrzunehmen.

Diagnose;

Netzhernie.

X. Fall.

Peter H., Oekonom, 21 J.

Klin. Diagnose:

Phthisis apic. dext. pulm. Gastralgie.[1])

Anamnese:

Seit 2 Jahren hat Patient, bei welchem das Erheben einer genauen Anamnese ziemlich schwer fällt, über Magenschmerzen zu klagen; dieselben bestehen nach seiner Aussage in einem Druckgefühl in der Herzgrube, das ihm sehr lästig ist; diese Beschwerden sind nicht abhängig von der Füllung des Magens, sie können zu jeder Tages- oder Nachtzeit auftreten und sind stets von gleicher Beschaffenheit. Wenn Patient fette Speisen geniesst, so bekommt er angeblich lebhafte Verdauungsbeschwerden, wesshalb er solche schon seit 2 Jahren überhaupt nicht mehr zu sich nimmt. Seit längerer Zeit schon habe er die Beobachtung gemacht, dass die Schmerzen sich, wenn er auf dem Rücken liege, vermehren, weshalb er nachts nur auf der Seite schlafen könne; dieselben sollen ziehend oder brennend sein. Eine anormale Beschaffenheit seiner weissen Bauchlinie, welche auf das Vorhandensein einer Hernie hinweisen könnte, will Patient nie beobachtet haben. Das Schmerzgefühl ist nicht an den Sitz der später aufgefundenen Hernie lokalisiert, sondern weiter oben in der Herzgrube direkt unterhalb des Brustbeins. Stuhlgang und Appetit meist regelmässig.

Status praesens:

Bei der Nachuntersuchung findet sich unmittelbar ober-

[1]) Eine genauere Untersuchung seines Magens und der chemischen Beschaffenheit seines Magensaftes konnte nicht vorgenommen werden, da Pt., welcher sich nur vorübergehend hier aufhielt, nicht über die hiezu nötige Zeit verfügte.

halb des Nabelringes durch eine Querleiste von demselben getrennt, eine 2 cm breite spaltförmige Oeffnung, durch welche beim Pressen und bei einzelnen Hustenstössen eine fast nussgrosse Hervorwölbung auftritt, welche leicht durch einen Fingerdruck zum Verschwinden gebracht werden kann. Dieselbe verursacht dem Patienten nur auf Druck Schmerz. Die Oberfläche des durch das Pressen entstandenen Tumors ist vollkommen glatt und von weicher, elastischer Consistenz. Sehr deutlich kommt in diesem Falle das Spritzphaenomen zur Beobachtung.

Diagnose:

Darmhernie in der linea alba.

XI. Fall.

Franz B., Maler, 18 J.

Klin. Diagnose:

Pneumonia crouposa, dilatatio cordis, herpes labialis.

Anamnese:

Die Angaben des Patienten, der seine Hernie in der Mittellinie noch nie bemerkt haben will, beziehen sich nur auf die durch die klinische Diagnose festgestellten Erkrankungen; niemals will er Beschwerden irgend welcher Art empfunden haben, die mit der vorhandenen Hernie in Beziehung stehen könnten.

Status praesens:

1 cm. oberhalb des Nabels befindet sich eine Prominenz von der Grösse einer kleinen Kirsche. Dieselbe weist deutlich eine kleinlappige Oberfläche auf, sowie eine derbe Consistenz. Beim Husten und Pressen des Patienten fühlt man weder ein Grösserwerden der Hernie, noch tritt das Spritzphaenomen auf. Der Fettträubchen ähnliche Tumor lässt sich nicht reponieren und ist nur auf Druck schmerzhaft.

Diagnose:

Properitoneales Lipom.

XII. Fall.

Clemens S., Taglöhner, 42 Jahre.

Klin. Diagnose:

Bronchitis chronica.

Anamnese:

Patient gibt an, dass er bei starken Hustenstössen seit einem halben Jahre namentlich in Rückenlage an der Stelle, wo später auch eine Hernie gefunden wurde, oft lebhafte Schmerzen verspüre, wie wenn „mit einem rauhen, feilenartigen Instrumente hier gekratzt würde". Von der Nahrungsaufnahme hängen diese Beschwerden nicht ab. Stuhlgang etwas angehalten, Appetit mässig.

Den bei der Untersuchung sich ergebenden kleinen Tumor an der linea alba will Patient noch niemals bemerkt haben.

Status praesens:

Abstand vom proc. xiphoides bis zum umbilicus $14^1/_2$ cm. $5^1/_2$ cm oberhalb des Nabels fühlt man eine hagebuttengrosse, über das Niveau der Bauchdecke sich erhebende Geschwulst in der linea alba, welche aus einzelnen kleinen, unebenen Knötchen zu bestehen scheint und dem Patienten auf Druck in der Rückenlage stets einen stechenden Schmerz verursacht, während sie in aufrechter Haltung auf Druck bedeutend weniger schmerzhaft ist. Bei einzelnen Hustenstössen des Patienten vergrössert sie sich nur unbedeutend und lässt sich nicht reponieren, da sie, wie durch die äussere Untersuchung leicht nachzuweisen ist, an den Rändern der Bruchpforte fest verwachsen ist.

Diagnose:

Verwachsene Netzhernie.

Bevor ich nun im Anschlusse an diese Krankengeschichten einige wichtige Momente bezüglich des Wesens dieser Hernien näher erläutere, weise ich darauf hin, dass ich mich bei jedem der obigen Fälle zu vergewissern suchte, ob die beschriebenen Symptome auch wirklich von den Hernien in der linea alba herrühren, und nicht etwa von anderen gleichzeitig bestehenden Anomalien im Organismus des betreffenden Patienten.

Zu diesem Zwecke untersuchte ich unter anderem vorzugsweise bei jedem einzelnen Patienten, mit Ausnahme des X. Falles die Grösse und motorische Leistungsfähigkeit des Magens, die qualitative und quantitative Beschaffenheit des Magensaftes nach den hiefür üblichen bekannten Methoden, damit mir nicht der Einwand gemacht werde, es könnten die angeführten Symptome auch von einem nicht diagnosticierten Magenleiden herrühren. Auch etwaige Leber- oder Gallenblasenerkrankungen, welche zunächst geeignet sein dürften, ähnliche Anzeichen hervorzurufen, sowie Neurasthenie oder Hysterie konnte ich als Ursachen der Beschwerden bei jedem der Patienten ausschliessen.

Daher glaube ich in gewisser Beziehung berechtigt zu sein, einige allgemeine Schlüsse betreff des Wesens dieses Leidens zu ziehen.

Um nun die Beantwortung einer Frage sogleich zu erledigen, über welche die Ansichten der verschiedenen Autoren auseinandergehen, nämlich der Frage, welche Rolle bei diesen Hernien die Heridität spiele, so konnte ich mich in keinem der angeführten Fälle von irgend einer hereditären Belastung überzeugen, die ja im allgemeinen bei allen anderen Brüchen von gewisser Bedeutung ist.

Auch über die Art und Weise des Vorkommens der Brüche in der weissen Bauchlinie hat man genaue Beobachtungen angestellt. So behauptet Malgaigne in seinen „Leçons cliniques sur les hernies 1841“, gestützt auf seine grossen Erfahrungen in diesem Gebiete, dass in vielen Fällen die Hernien der linea alba multipel auftreten, und häufig eine Komplication mit anderen Hernien besteht. In obigen 12 Fällen besteht nur zweimal eine Multiplicität und ebenso oft eine Komplication mit einer Nabelhernie, eine solche mit Inguinalhernien niemals.

Ferner wurden gewisse Berufsarten angeschuldigt, zu diesem Leiden besonders zu disponieren. Auch darüber suchte ich mich wohl zu informieren, konnte aber insofern zu keinem einwandfreien Ergebnisse gelangen, als mir, wie ich früher schon bemerkt habe, bei den Untersuchungen nur poliklinisches Krankenmaterial zur Verfügung stand, dessen weitaus grösster Teil sich aus Arbeiterkreisen und aus der ärmeren Bevölkerungsklasse rekrutiert.

Der Umstand aber, dass Personen, untersucht worden sind, welche mit Ausnahme des frühesten Kindesalters jeder Altersstufe angehörten, gibt wohl einige Berechtigung festzustellen, wie die Frage des Vorkommens dieser Hernien in den verschiedenen Lebensaltern zu entscheiden sei. Und es zeigte sich denn, dass die Mehrzahl der Patienten das 30. Lebensjahr überschritten hatte, dass aber die Behauptung derjenigen, welche sagen, dass sich unter dieser Altersgrenze keine Hernien der linea alba finden, geradezu unrichtig ist. Denn aus den oben angeführten Krankengeschichten ist ersichtlich, dass 3 Patienten, oder $^1/_4$ aller Fälle, dieselbe noch nicht erreicht hatten.

Ebenso verschieden sind die Ansichten darüber, welches Geschlecht häufiger mit diesen Brüchen afficiert ist.

So sind nach Vidal die Frauen das bei weitem bevorzugtere Geschlecht, während Le Page berichtet, dass er unter 19 Fällen nur 4 Frauen gefunden habe. Auch stimmt die Mehrzahl der Autoren darin überein, dass wie überhaupt Brüche so auch diese sich häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte finden, und dieser Ansicht muss ich beipflichten, da nur ca. $33^1/_3\%$ aller verwerteten Fälle weiblichen Geschlechts sind.

Eingangs schon nahm ich gegen jene gerade in der neueren Literatur oft wiederkehrende Behauptung Stellung, nach welcher alle Hernien der linea alba Schmerzen verursachen müssten. Gerade durch die Art und Weise der für diese Arbeit angestellten Untersuchungen, auf welche ich schon früher hingewiesen habe, konnte einigermassen das Verhältnis zwischen den Beschwerde hervorrufenden und den symptomlosen Hernien festgestellt werden. Denn bei 4 Patienten blieben die gefundenen Hernien bestimmt ohne irgend welchen Einfluss auf das Allgemeinbefinden ihrer Träger, während ich es bei Fall IX unentschieden lasse.

Von nicht zu unterschätzender, praktischer Bedeutung aber ist gewiss die Feststellung der Thatsache, dass diese Hernien gar kein seltenes Vorkommnis darstellen, sondern sich im Gegenteil viel häufiger finden lassen, als gewöhnlich angenommen wird. Denn hierdurch wird die Bedeutung dieses Leidens, das den Gesundheitszustand des Menschen so schwer zu stören vermag, am besten gewürdigt und vielleicht zur Verhütung einer Verwechslung mit einer Krankheit beigetragen, welche ähnliche Symptome aufzuweisen pflegt. Meiner Meinung nach fällt hierbei der Umstand nicht schwer in's Gewicht, dass es auch Hernien der linea alba gibt, welche keine Schmerzen verursachen,

denn es ist nicht ausgeschlossen, dass solche früher oder später doch auch eine schwere Störung des Allgemeinbefindens ihrer Träger verursachen können.

Es sind auch alle Bearbeiter dieses Themas der Meinung, dass diesem Leiden, welches infolge des oft nur unbedeutenden objektiven Befundes wegen nicht selten übersehen wird, eine grössere Beachtung geschenkt werden müsse, als es bisher der Fall war.[1])

---

[1]) So äussert sich z. B. in dieser Hinsicht charakteristisch C. von Wild (Cassel) in den „Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie, IV. Congress, Bonn“:

Über Fetthernien: „In der gynaekologischen Fachliteratur ist von den Hernien im allgemeinen wenig die Rede und doch glaube ich, dass namentlich bestimmte Arten derselben das Interresse der Gynaekologen in Anspruch nehmen müssen, einerseits, weil viele Patientinnen, welche mit Hernien behaftet sind, ihre Beschwerden auf ein Unterleibsleiden beziehen und deshalb gynaekologische Behandlung aufsuchen, anderseits, weil es unter Umständen recht schwierig sein kann, für bestimmte Beschwerden, welche durch Hernien verursacht werden, die wirkliche Ursache d. h. eben die Hernien zu finden.“ So operierte von Wild eine Dame von 28 Jahren mit einer Netzfetthernie in der linea alba, welche ihr vorher so heftige Beschwerden zu bereiten pflegte, dass die Patientin nach längerem Gehen sich nur mit gekrümmtem Rücken fortbewegen konnte. Die Patientin klagte besonders über Magenschmerzen.

Und Dr. Hans Kehr in Halberstadt schreibt in seiner Abhandlung: „Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit“, (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 38. Band. 4. u. 5. Heft. 1894): „... Ich habe schon in meiner früheren Arbeit darauf hingewiesen, dass die Hernie der Linea alba nicht selten die Veranlassung zur Verwechslung mit Gallensteinkoliken abgibt. Überhaupt sind die allerdings oft sehr kleinen Brüche in der Mittellinie vielen Ärzten gar nicht bekannt. Ich habe schon 4 Fälle operiert, bei denen die behandelnden Ärzte an alles Andere eher gedacht haben, nur nicht an die Hernie der Linea alba. Allerdings handelt es sich in allen Fällen um sehr kleine Brüche, die leicht übersehen werden konnten, bei näherer Untersuchung aber sich leicht nachweisen liessen. Die Gebilde sind öfters nicht grösser als Erbsen meistens

So kam ich durch die an 300 Personen vorgenommenen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass 4% derselben solche Brüche besitzen und es dürfte daher bei Patienten, welche vor allem über gastrische Beschwerden zu klagen haben, der Beschaffenheit der linea alba besondere Aufmerksamkeit gezollt werden müssen. —

Was die Ursachen der Symptome anlangt, so musste deren Feststellung für mich nur auf rein theoretischen Erwägungen beruhen, da diese Arbeit vom Standpunkte des internen Arztes aus geschrieben ist, und ich keine Gelegenheit hatte, mich anlässlich einer Operation von dem thatsächlichen, anatomischen Befunde zu überzeugen. Doch nach dem, was ich in der Litteratur über die Aetiologie und Pathologie dieser Brüche, sowie über die Operationsergebnisse gefunden und worauf ich schon an einer früheren Stelle hingewiesen habe, muss ich den Ausführungen Em. Chailloux beipflichten, welcher die Ansichten der Autoren über diesen Punkt mit folgenden Worten zusammenfasst:

„La cause des troubles digéstifs et des crises douloureuses paraît bien résider dans la compression des rameaux nerveux, qui accompagnent le pédicule herniaire. Cette compression agit directement pour produire les uns et par voie

irreponibel, gewöhnlich aber äusserst schmerzhaft. Die Beschwerden sind derartig, dass man sehr wohl an Gallensteine denken kann. (Vgl. in Riedel's Buch S. 46.) Ich mache an dieser Stelle auf die vorzügliche Arbeit von Roth: „Ueber die Hernie der Linea alba" in v. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, 42. Band 1. Heft, S. 1 aufmerksam und möchte die Herren Collegen bitten, bei intensiven Magenbeschwerden und derartigen Zuständen die Mittellinie zwischen Nabel und Schwertfortsatz auf die kleinen Hernien ja recht sorgfältig abzusuchen. Ich habe erst wieder vor 3 Wochen eine solche kleine Hernie mit dem bestem Erfolge operiert und dadurch lange Jahre bestehende, intensive Magenbeschwerden vollständig entfernt. ...."

réflexe pour donner naissauce aux autres. Nous admettons cependant que les adhérences épiploiques et intestino-épiploiques prennent une part importante dans la pathogénie de ces accidents, mais l' absence de ces lésions dans le cas de hernie graisseuse augmente encore la valeur du premier mode pathogénique."

Da aus rein statistischen Gründen im ganzen für die Entstehung des Bauchbruchs von angeborenen Störungen abzusehen ist, so hat als dessen häufige Ursache O. Witzel das Trauma beschuldigt und hierfür in seiner schon früher zitierten Abhandlung auch Beweise geliefert. In den oben angeführten Fällen war es mir nicht möglich, die gleiche Beobachtung zu machen.

Abgesehen von der herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des oberen Abschnitts der linea alba, welche, wie schon vorher dargelegt wurde, in den anatomischen Verhältnissen beruht und abgesehen von den etwa vorhandenen pathologischen Zuständen des Bauchinhaltes oder oder der Bauchdecke möchte ich für die Genese dieser Bauchbrüche ein anderes Moment anführen:

Da ein ganz beträchtlicher Procentsatz der mit denselben behafteten Personen gleichzeitig an einem anderen Leiden erkrankt ist, das einerseits eine Schwächung des ganzen Organismus, vor allem nämlich eine Abmagerung zur Folge hat, andrerseits aber an die Widerstandsfähigkeit der weissen Bauchlinie, nämlich infolge der durch das Leiden bedingten, zahlreichen, lang andauernden und heftigen Hustenstössen zu grosse Anforderungen gestellt werden, so möchte ich gerade die chronischen Lungenleiden, speciell die Phthise, hiefür in gewisser Weise verantwortlich machen.

Und so ziehe ich denn als Resumé dieser Arbeit folgende Schlüsse:

1. Die Hernien der linea alba kommen häufiger vor, als gewöhnlich angenommen wird.

(Nach obigen Untersuchungen treffen auf 300 Personen 12 Brüche der weissen Bauchlinie, d. i. 4%.)

2. Nicht alle Brüche der linea alba verursachen Beschwerden, wohl aber die meisten.

(Hier waren es ca. 58%, wobei der IX. Fall nicht mit in Anschlag gebracht wurde.)

3. Die Hauptsymptome bestehen in gastrischen Beschwerden.

4. Das männliche Geschlecht scheint für diese Brüche mehr disponiert zu sein als das weibliche.

(Von den 12 Patienten waren 8 männlichen Geschlechts, d. i. 66⅔%.)

5. Die Hernien der linea alba finden sich meist in den späteren Lebensjahren.

(75% aller Patienten hatten das 30. Lebensjahr überschritten.)

6. Der Umfang dieser Hernien ist gewöhnlich sehr gering.

7. Diejenigen Hernien, welche Symptome verursachen, können ein schweres Allgemeingestörtsein des ganzen Organismus bedingen.

8. Dem chronischen Lungenleiden ist ein besonderer Einfluss für die Entstehung der Hernien der linea alba zuzuschreiben.

(58⅓% litt an Phthise oder an chronischer Bronchitis.)

9. Selten findet sich eine Multiplicität, selten auch eine Complication mit anderen Brüchen.

(Beides war in nur je 2 Fällen oder in 16⅔% der

Fall. Die Complication bestand in gleichzeitig bestehenden Nabelhernien.)

10. Die Heredität spielt bei den Hernien der weissen Linie keine Rolle.

11. Als Therapie kann, falls geeignete Bandagen keine Linderung schaffen, nur die Operation empfohlen werden.

Schliesslich obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Moritz, Vorstand der kgl. med. Poliklinik in München, für die gütige Uebertragung dieser Arbeit und für die Ueberlassung des Krankenmaterials meinen herzlichsten Dank auszusprechen.